

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

M22- N° 000048

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2768 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HILALI Fouzia

Date de naissance : 04-08-58

Adresse : HAY ABDELLAH Bd TAZA Rue 99 N°5 AIN CHOCH. CASA

Tél. : 0600376166 Total des frais engagés : 242,03 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Colique néphrétique droite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAS A Le : 13 / 06 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles


- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/06/2012	Consultation	1	143,23	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03/06/12

98,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

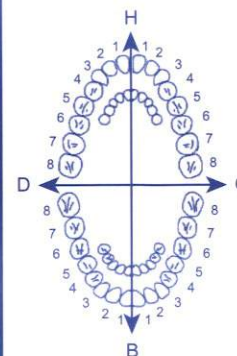
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

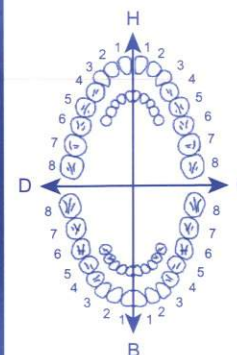
FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة

ORDONNANCE

le 03/06/2022

Mme Hilali Fouzia

① - Codoliprane Cp

2 cp x 2 j

98,80

② - Neofortan 160mg

PHARMACIENNES  
بني خيبر  
BENCHIKHIB  
Dr En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue n° 40  
CASA - Tél 0522 50 24 80

1 cp x 3 j

③ - Oedes 20mg

98,80 1 cp 1 j le matin

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 10/2024  
LOT 18030 8

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



N° IPP : 859254	N° SEJOUR : 220021461	FACTURE N° 2205006040	DATE D'ENTREE: 03/06/2022	DATE DE SORTIE: 03/06/2022
UF de présence: 5002 URGENCES				

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				143.29		0.00		0.00		143.29

Intervenant : 10675 DR ERRAIS MAROUANE GENERALISTE	TOTAUX :	143.29						143.29
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT QUARANTE TROIS DHS ET VINGT NEUF CENTIMES		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	143.29		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 03/06/2022	EDITEE LE : 03/06/2022	PAR: LAKHDI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA						
		BANQUE : BMCE - INARA						
		N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91						



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
RDV : 0522-50-45-13  
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 859254,	N° SEJOUR : 220021461	<b>FACTURE N° 2205006040</b>	DATE D'ENTREE : 03/06/2022	DATE DE SORTIE : 03/06/2022
ASSURE :			DESTINATAIRE : <b>HILALI,Fouzia</b>	
MALADE : HILALI,Fouzia		UF: 5002 URGENCES		
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :		
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		
TIERS PAYANT 2 :				
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :		

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>CONSULTATION DE MEDECIN.</b> CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
<b>ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX</b> ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.50	7.50	11.25					0.00	11.25
<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b> NO-SPA INJ 105	N105	1.00	4.22	4.22	0.00	4.22			0.00	4.22
PROFENID 2ML 1 AMP INJECT-IM	P067	1.00	5.96	5.96	0.00	5.96			0.00	5.96
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				1.86					0.00	1.86

Total à reporter				143.29		0.00		0.00		143.29
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------